

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

716

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Henri MILHIET

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Né le 21 Juin 1904 à Bourges (Cher)

Traitement chirurgical du Dolichocolon
par le procédé de la Résection en un temps
avec Suture termino-terminale extériorisée

Président : M. CUNÉO, *Professeur*

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Henri MILHIET

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Né le 21 Juin 1904 à Bourges (Cher)

Traitement chirurgical du Dolichocolon
par le procédé de la Résection en un temps
avec Suture termino-terminale extériorisée

Président : M. CUNÉO, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1934

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.....	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie.....	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique.....	LEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	M. VILLARET.
Clinique médicale.....	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Professeurs sans chaire.....	HOVELACQUE
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. . Neurologie et Psychiâtrie
 BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROCCQ. Pathologie chirurgicale.
 BULLIARD. Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL. Pathologie médicale.
 CHEVALLIER . . Pathologie médicale.
 DOGNON. Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 FEY Urologie.
 GALLIARD. Parasitologie.
 GASTINEL. Bactériologie.
 GATELIER Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU . . . Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) . . Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL . . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. . Anatomie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING. Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE. . . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU. Pathologie chirurgicale.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ. Chimie biologique.
 SÉNÈQUE. Pathologie chirurgicale.
 SÉZARY Dermatologie et syphili-
 graphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur). Pathologie médicale
 VELTER. Ophtalmologie
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	ECALLE	} Clinique obstétricale.
AUBERTIN.....		GUÉNIOT	
BRULE.....		LE LORIER.....	
CHIRAY		LÉVY-SOLAL ...	
DUVOIR		METZGER	
HARVIER.....			
LIAN.....			
MM.			
BASSET	} Clinique chirurgicale.		
CADENAT.....			
HEITZ-BOYER ..			
MOCQUOT			
MOURE			
SCHWARTZ.....			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
FREY.....	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR HENRI MILHIET

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Mort victime du devoir professionnel.

A MA GRAND'MÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNÉO

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Commandeur de la Légion d'Honneur.

*Témoignage de mon admiration, de
ma reconnaissance et de mon attache-
ment.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARION

Professeur de Clinique Urologique à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital Necker

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR G. LABEY

Chirurgien de l'Hôpital Boucicaut

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR J. OKINCZYC

Professeur agrégé à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital Beaujon

A MON MAITRE

·MONSIEUR LE DOCTEUR R. TOUPET

Chirurgien de l'Hospice de Bicêtre

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat

1924-1925. MONSIEUR LE PROFESSEUR PROUST.

1925-1926. MONSIEUR LE DOCTEUR GANDY.

1926-1927. MONSIEUR LE DOCTEUR FÉLIX RAMOND

Internat

1927-1928. MONSIEUR LE DOCTEUR H. BÉNARD.

1930-1931. MONSIEUR LE DOCTEUR LABEY.

1931-1932. MONSIEUR LE DOCTEUR OKINCZYC.

1932-1933. MONSIEUR LE DOCTEUR TOUPET.

1933-1934. MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNÉO.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PAITRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR DARTIGUES

A MONSIEUR LE DOCTEUR ESCHBACH

A MESSIEURS LES DOCTEURS

L. BAZY, BERGERET, BIDERMANN, BOPPE,
J.-C. BLOCH, HOUDART, MAURER, PÉRON,
SÉNÈQUE, SOUPAULT, WELTI.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE PRATIQU
DE LA FACULTÉ

M. LE PROFESSEUR ROUVIÈRE

M. LE PROFESSEUR HOVELACQUE

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer au cours de notre dernière année d'Internat chez M. le Professeur Cunéo, trois cas de dolichocôlon de l'anse sigmoïde, traités par la résection colique. Ces résections ont été pratiquées par M. Sénèque, qui a utilisé chaque fois son procédé personnel.

Dans ses grandes lignes, ce procédé consiste à réséquer l'anse dolichocolique, à rétablir la continuité intestinale par une suture termino-terminale suivant la technique de Robineau, puis à extérioriser l'anastomose en l'attachant au péritoine pariétal des angles de l'incision et en l'isolant de la grande cavité péritonéale au moyen de deux mèches placées entre l'anastomose et les bords de l'incision. Dans les jours qui suivent cette intervention, l'anastomose, tirée par le mésocôlon, rentre progressivement dans l'abdomen. Dans les cas, d'ailleurs très rares, où une fistule stercorale importante s'établit, une deuxième intervention est nécessaire, mais simple.

Cette technique nous a paru réunir les avantages des résections coliques en un temps et des résections

coliques en plusieurs temps et éviter les inconvénients de l'une et de l'autre.

Si l'on considère, en effet, les principales caractéristiques de ces deux méthodes de colectomie, l'on peut poser que :

La colectomie en un temps a l'avantage d'être d'exécution facile et élégante, de demander un minimum de temps entre l'intervention et la guérison, mais l'inconvénient de ne pas offrir une sécurité opératoire absolue.

La colectomie en plusieurs temps, a l'avantage, au contraire, d'être très sûre, mais l'inconvénient d'être d'exécution longue, en multipliant les temps opératoires, et de nécessiter la fermeture d'un anus, fermeture souvent pénible et non exempte de dangers.

La colectomie avec anastomose extériorisée demande un minimum de temps tout comme la résection en un temps et offre la même sécurité opératoire que la résection en plusieurs temps, puisqu'en cas de désunion des sutures, la fistule stercorale se trouve d'emblée extériorisée. C'est pourquoi cette méthode nous paraît la meilleure pour pratiquer la résection d'un dolichocôlon. Pour cette affection, il est, en effet, ennuyeux d'imposer au malade un anus temporaire et la sécurité opératoire doit être plus grande encore que dans le traitement d'un cancer ou d'une occlusion.

Rapportant dans cet ouvrage quatre observations de dolichocôlons ainsi traités, nous avons pensé qu'il serait intéressant :

1^o D'indiquer et de limiter les indications du traitement chirurgical dans les dolichocôlons ;

2^o De décrire la technique de la résection avec anastomose extériorisée (Procédé du Docteur Sénè-Sénèque).

Nous ferons précéder ces deux chapitres de quelques généralités anatomo-cliniques sur le dolichocôlon qui serviront de base à l'étude des indications opératoires.

A l'occasion de ce travail, nous tenons à remercier notre éminent Maître, le Professeur Cunéo, des conseils éclairés qu'il nous a prodigués, en particulier, à l'occasion de cette thèse.

Nous tenons à remercier également, M. Sénèque qui nous a fourni le sujet de cette thèse, a mis à notre disposition ses observations personnelles et nous a considérablement aidé dans l'élaboration de ce travail.

CHAPITRE I

GÉNÉRALITÉS SUR LE DOLICHOCOLON

DÉFINITION.

Le dolichocôlon a été nettement défini en 1914 par Lardennois et Aubourg comme un allongement démesuré de tout ou d'une partie du cadre colique, obligeant l'anse intéressée à occuper une position anormale ou à se replier plusieurs fois dans la cavité abdominale. Cet allongement ne comporte ni augmentation de calibre, ni épaississement des parois de l'anse intéressée. C'est là un point très important qui permet de séparer le dolichocôlon du mégacôlon. Ce dernier est, en effet, caractérisé par une augmentation de volume de l'anse colique et par une hypertrophie considérable de ses parois. Malgré ces différences fondamentales, ces deux affections ont été parfois confondues et réunies dans des publications récentes sous l'appellation de « mégadolichocôlon ».

Rapportant à la Société de Chirurgie en 1933, une observation de Carayannopoulos, M. Okinczyc a expliqué les raisons de cette confusion : On appelle faussement mégadolichocôlon ou mégacôlon tout

court, un dolichocôlon distendu au niveau de l'anse et surtout en amont après une crise d'occlusion ou un volvulus ; mais, dans ce cas, les parois, au lieu d'être épaisses, sont amincies et translucides. Cette distinction est importante au point de vue thérapeutique : Si le chirurgien, en effet, considère cet énorme intestin comme une mégacolie, il pratiquera une colectomie étendue, parfois totale. S'il le considère, au contraire, comme un intestin distendu au niveau et en amont d'une dolichocolie, il lui suffira de lever la cause de l'obstruction pour que, d'elle-même, l'anse distendue retrouve des proportions normales.

AU POINT DE VUE ANATOMIQUE.

Le dolichocôlon siège, dans l'immense majorité des cas, sur le côlon gauche. Suivant la statistique de White, on observe 60 % des cas sur le côlon gauche, 30 % sur le transverse, 10 % sur le côlon droit. Le côlon pelvien est, incontestablement, le plus fréquemment atteint et est en cause dans nos quatre observations.

Le dolichocôlon peut s'accompagner de colite, ce qui n'est pas très fréquent. Il s'accompagne souvent de *mésentérite*. Celle-ci est représentée au début par des traînées blanchâtres éparses sur le méso et, plus tard, par une rétraction cicatricielle perpendiculaire aux vaisseaux mésentériques. Ainsi, l'anse longue et mobile se trouve-t-elle rattachée à la paroi par un pédicule ramassé et étroit.

AU POINT DE VUE ÉTIOLOGIQUE.

Deux opinions sont en présence pour expliquer la production du dolichocôlon : celle d'une origine congénitale et celle d'une origine acquise.

L'origine congénitale est une anomalie du côlon ou de son méso : persistance du côlon infantile qui est démesurément long, absence d'accolement ou hauteur anormale du méso permettant allongement et coudure.

L'origine acquise représenterait un cas particulier de l'allongement des organes creux. De même que l'aorte scléreuse, les veines variqueuses, l'utérus métritique s'allongent, le colon s'allongerait sous l'influence de différents facteurs : Colite (Lardennois), disfonctionnement endocrinien (Nobécourt-Carnot), affection nerveuse (Bensaude-Finkenstein), ration alimentaire trop riche en féculents.

Chiray, après avoir pratiqué et comparé de très nombreux examens cliniques et radiologiques (lavement et transit) de dolichocôlons, interprète les faits de la façon suivante : Un dolichocôlon ne peut se produire que s'il existe une anomalie péritonéale (méso persistant là où le côlon est normalement sessile, méso trop large ou trop haut). L'anse appendue à ce méso devient considérablement extensible, ce qui est prouvé par le transit radiologique qui montre une anse presque normale et par le lavement qui montre une anse très allongée. Chiray exprime ces faits en disant que le dolichocôlon, au début, n'existe « qu'en puissance ».

Chez la plupart des sujets, cette anomalie n'entraînera aucun trouble ; chez d'autres, sous l'influence de causes locales ou générales, le dolichocôlon deviendra permanent et se manifestera cliniquement.

AU POINT DE VUE CLINIQUE.

Les premières manifestations du dolichocôlon peuvent survenir chez le nourrisson, l'enfant ou l'adulte. Il peut donc exister une période de latence, absolument silencieuse. Son évolution clinique peut être, avec Chiray, divisée en trois périodes : de début, d'état et de complications.

La période de début ne comprend qu'un symptôme : la constipation opiniâtre.

La période d'état comprend trois symptômes principaux :

La constipation datant, en général, de l'enfance, très opiniâtre, cédant seulement, quoique difficilement, aux purges et aux lavements haut portés.

Les crises douloureuses caractérisées par des douleurs abdominales très violentes, à siège sous-ombilical gauche, accompagnées de ballonnement du ventre, d'arrêt complet des matières, mais incomplet des gaz, durant de quelques heures à plusieurs jours et se terminant par une débâcle de matières et de gaz.

L'aérocolie manifestée par un ballonnement considérable du ventre, dont le caractère principal est d'être localisé.

Ces différentes symptômes se trouvent, en général,

réunis au cours de crises qui présentent l'aspect bien net de crises d'*obstruction intestinale incomplète*.

COMPLICATIONS.

La *complication* la plus fréquente est le volvulus. Il est nettement établi qu'il faut pour qu'il se produise une anse longue, un méso long, un pied d'implantation du méso étroit. Cette dernière condition peut tenir à une disposition congénitale, tient le plus souvent à la mésentérite rétractile.

Nous n'insisterons pas sur le tableau clinique du volvulus de l'anse sigmoïde actuellement bien connu. Il comprend tous les symptômes d'une occlusion intestinale aiguë, dont le siège est bas situé, sauf les vomissements et avec, au début du moins, un ballonnement localisé et oblique qui oriente le diagnostic.

Il est intéressant d'examiner les relations qui existent entre le volvulus et les symptômes précités du dolichocôlon. Pendant longtemps, le volvulus fut considéré comme le premier et seul accident des anses sigmoïdes anormalement longues. Plus tard, la fréquence des accidents abdominaux le précédant fut remarquée. Cette période fut appelée par Forgeue « période prémonitoire » et, par Roux, « période médicale ». Puis Delbet et, plus tard, Lefebvre et Leflaive rattachèrent à l'existence d'un volvulus chronique les symptômes de cette « période prémonitoire » qu'ils appelèrent logiquement « période d'état » du volvulus.

A côté de cette complication principale, on peut observer quelques autres complications : colite, péricolite droite ou gauche, mésentérite, péri-sigmoïdite suppurée.

CHAPITRE II

LES INDICATIONS OPÉRATOIRES DANS LE DOLICHOCOLON

Nous discuterons les indications opératoires en nous mettant en présence de chacun des symptômes et de chacune des complications des dolichocôlons. Nous passerons donc successivement en revue les indications opératoires que posent la constipation, les crises douloureuses, l'aérocolie, le volvulus.

1^o LA CONSTIPATION

Au cours des vingt premières années de ce siècle, le traitement de la constipation a beaucoup préoccupé les chirurgiens. Des interventions nombreuses dont la gravité n'était pas toujours en rapport avec l'importance du symptôme et avec les lésions organiques, ont été pratiquées, mais n'ont pas obtenu les résultats que l'on en espérait. Nous ne parlerons ici que de la constipation, symptôme isolé de la longue période de début du dolichocôlon, c'est-à-dire de la constipation non accompagnée de crises douloureuses.

Cette constipation a été interprétée comme une stase dans l'anse trop longue, ou comme un arrêt des matières en amont de l'obstacle représenté par une coudure, une contracture du sphincter anal, une anse sigmoïde en canon de fusil. Contre ces lésions, on a pratiqué différentes interventions : section des adhérences pariétales, section des brides de mésentérite rétractile, anastomose iléosigmoïdienne ou iléorectale, colectomie segmentaire.

Pour la plupart, ces méthodes n'ont jamais amélioré sensiblement la constipation, symptôme isolé. Chiray, en développant la physiologie pathologique du dolichocôlon, a donné les raisons de ces échecs. L'étude du transit intestinal démontre que, non seulement il n'existe aucune stase dans l'anse longue, mais, qu'au contraire, les matières y circulent plus rapidement que normalement. La stase se produit, par contre, en amont du dolichocôlon : c'est une stase colique droite. Le traitement logique, s'il n'était pas disproportionné avec l'affection, serait la colectomie totale. Cette stase droite serait sous la dépendance d'un réflexe ou d'une altération nerveuse ou musculaire.

Nous remarquons, d'ailleurs, que, dans nos observations où la colectomie segmentaire a été pratiquée pour constipation, douleurs, aérocolie, le premier de ces symptômes a toujours été moins amélioré que les deux autres.

2^o LES CRISES DOULOUREUSES ABDOMINALES
ET L'AÉROCOLIE

Les indications opératoires posées par les crises douloureuses abdominales et l'aérocolie peuvent être envisagées simultanément parce que ces deux symptômes reconnaissent les mêmes causes. A quelques exceptions près, ces causes sont d'origine mécanique et justiciables, par là même, d'une thérapeutique chirurgicale. Elles sont au nombre de deux : le volvulus chronique, les coudures de l'intestin.

a) *Le volvulus chronique*

Le volvulus chronique est interprété différemment par Roux (de Lausanne) et par Delbet. Pour Roux, il s'agit d'une torsion colique incomplète mais permanente dont la mésosigmoïdite est la conséquence et non la cause. Pour Delbet, la torsion n'est pas permanente, mais l'anse a une grande tendance à se tordre, à « capoter », parce qu'elle est trop longue, trop mobile et parce que son méso est le siège de lésions de mésosigmoïdite rétractile. Lorsque cette torsion se produit, les troubles apparaissent. Lorsqu'elle cesse, c'est-à-dire lorsque l'intestin reprend une disposition topographique normale, tout rentre dans l'ordre. Ces faits trouvent leur confirmation dans une de nos observations : Le malade fut examiné par lavement bismuthé une première fois en dehors des crises, une seconde fois pendant une crise douloureuse. Le premier examen montrait l'exis-

tence d'un dolichocolon sigmoïde banal, le deuxième examen montrait en plus une torsion, un « capotage » de l'anse dans la fosse iliaque gauche devant le rectum.

Cette étiologie des accès d'obstruction intestinale incomplète explique que leur symptomatologie rappelle — mais en miniature — celle du volvulus aigu. Dans les deux cas, les douleurs prédominent dans la fosse iliaque gauche, le ballonnement est localisé et oblique, les vomissements absents, la résolution spontanée possible. «... De toutes les occlusions, en effet, il n'y a guère que celle du volvulus qui puisse guérir spontanément... ».

b) *Les coudures intestinales*

Les coudures intestinales peuvent siéger au niveau des points de jonction de l'anse mobile avec l'intestin fixe ou au niveau de l'anse dolichocolique prenant souvent, dans ce cas, la forme de boucles. Sur le côlon gauche, en particulier, les coudures siègent au niveau de l'angle splénique, de la jonction rectosigmoïdienne, ou de l'anse sigmoïde libre. Ces coudures gênent, puis arrêtent la circulation des gaz qui s'accumulent en amont. L'anse dilatée peut comprimer une anse voisine et les troubles s'accroissent ainsi par une sorte de cercle vicieux. Sous l'influence d'une position spéciale prise par le malade, d'une sonde rectale, d'un lavement, la coudure peut se redresser et les symptômes disparaître en même temps que le malade émet une grande quantité de gaz. Le rôle

des coudures dans les crises de subocclusion a été mis en évidence par Ducatre en 1899, puis par Quénu, Bénard, Patel, Belot et Chiray.

La fréquence relative du volvulus chronique et des coudures coliques est très controversée. Pour Viguié, Lefèvre, Leflaive, le volvulus chronique est extrêmement fréquent. Pour Chiray, il est, au contraire, exceptionnel, et tous les troubles sont en rapport avec les coudures du gros intestin.

Ces deux groupes d'auteurs tirent de leurs conceptions étiologiques des conclusions thérapeutiques diamétralement opposées. Pour Viguié, Lefèvre, Leflaive, les accidents du dolichocôlon indiquent formellement l'intervention chirurgicale. Pour Chiray, au contraire, ces accidents ne sont justiciables que du traitement médical parce qu'ils sont toujours améliorés par cette thérapeutique et parce que le volvulus aigu est une complication bien rarement observée.

L'observation des malades et surtout les résultats que nous avons obtenus après les résections coliques nous permettent de nous ranger entre ces deux avis opposés.

Le traitement médical, c'est-à-dire le régime alimentaire, les purgations, les lavements haut portés, doit être loyalement essayé, et pendant longtemps. Il améliore beaucoup de malades et en guérit quelques-uns ; mais lorsqu'après plusieurs années, les crises d'obstruction intestinale persistent, il ne faut pas hésiter à proposer au malade la *résection colique*.

Nous sommes, en cela, complètement d'accord avec Bensaude, qui écrivait en 1930 dans les *Annales de Médecine* :

« ...tous les auteurs sont d'accord en face d'une
« subocclusion vraie pour faire opérer. Les résultats
« sont souvent magnifiques... »

« ...il faut opérer si les crises douloureuses répétées
« s'accompagnent de distension dans la fosse iliaque
« même s'il n'y a pas de subocclusion vraie... »

« ...l'indication opératoire peut se discuter dans les
« formes douloureuses pures, mais elle n'est pas
« formelle. Il ne faut avoir recours à la chirurgie
« que quand on a épuisé les moyens médicaux habi-
« tuels... »

3) LE DOLICHOCOLON COMPLIQUÉ

Volvulus aigu :

Les indications thérapeutiques du volvulus aigu ont été parfaitement précisées par Lecène, Forgue, Okinczyc, Alglave, Mondor, dans des articles ou au cours de discussions à la Société de Chirurgie.

Ces indications tiennent compte de l'état de l'anse tordue et de la résistance physique du sujet.

Pour Alglave, on peut se trouver en présence de trois cas principaux :

a) Si l'anse est gangrénée, il faut extérioriser, réséquer rapidement, et faire secondairement la cure de l'anus.

b) Si l'anse est d'aspect douteux, mais le sujet

résistant, il faut pratiquer une colectomie en un temps. Cette conduite nous paraît un peu hasardeuse malgré le bon résultat obtenu par Guimbellot ; il vaut mieux, dans ce cas, pratiquer une résection en plusieurs temps ou une résection suivant le procédé que nous préconisons.

c) Si l'anse est en bon état, on peut se contenter de détordre le volvulus et d'essayer de fixer l'anse. Ces interventions exposent à une récurrence. Lecène, dans la *Revue de Chirurgie*, en 1910, relate l'histoire de cet homme dont le volvulus fut détordu successivement en 1896 par Hartmann, en 1906 et 1909 par lui-même, et qui ne guérit qu'après une colectomie. Ce dernier traitement nous paraît donc le meilleur dans ce cas.

Parmi les autres complications : le traitement de la mésentérite rétractile se confond avec celui du volvulus chronique, encore que certains auteurs aient proposé des incisions radiées du méso.

Le traitement de la colite est strictement médical.

Le traitement des péricolites consiste à libérer l'anse et le méso de leurs adhérences.

CONCLUSIONS

Des considérations précédentes sur les indications thérapeutiques qui se posent en présence d'un dolichocôlon, nous pouvons émettre les conclusions suivantes :

1) Le dolichocôlon sans manifestations cliniques ne doit pas être opéré.

2) La constipation non accompagnée de crises douloureuses doit être uniquement traitée par le traitement médical.

3) Les crises douloureuses, le ballonnement et la constipation doivent être d'abord combattus par le traitement médical ; mais lorsque les crises d'obstruction persistent, deviennent plus rapprochées, le traitement chirurgical est indiqué et le meilleur est la colectomie segmentaire.

CHAPITRE III

LES PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

1) LES INTERVENTIONS INDIRECTES

a) *Les résections de valvules.*

Rapportées par Delbet, Baudet, Mauclaire, elles nous semblent rarement indiquées, car elles n'ont pas été pratiquées dans des cas de véritables dolichocôlons.

b) *La dilatation de l'anus.*

Elle a donné des résultats satisfaisants chez l'enfant. Lardennois dit avoir amélioré considérablement par ce moyen plusieurs cas de dolichocôlons compliqués de dilatation.

c) *Les interventions sur le système nerveux.*

Wade et Rayle prétendent agir sur le système nerveux du côlon par la section des premiers et deuxièmes remi communicantes lombaires. Du sympathique lombaire, en effet, viennent les filets inhibiteurs des tuniques musculaires rectocoliques et ceux

qui produisent la contraction du sphincter anal. Wade et Rayle pensent que la ramisection rétablit la contraction régulière de l'intestin et diminue le tonus du sphincter anal.

Un chirurgien américain, Peet, de Ann-Arbor, pratique dans les cas de mégadolichocôlon avec constipation opiniâtre la section du sympathique lombaire au-dessous du premier ganglion, l'ablation des deuxième, troisième, quatrième et cinquième ganglions sympathiques lombaires gauches et droits ainsi que la résection des ramicommuantes y aboutissant. On aurait observé, à la suite, des guérisons, tant au point de vue de la stase intestinale que des spasmes recto-coliques surajoutés.

2) LES INTERVENTIONS DIRECTES

a) *La colopexie.*

La colopexie, ou mieux la colo et mésocolopexie, est une intervention logique et bénigne. Elle a le grand inconvénient de ne pas mettre toujours fin aux troubles fonctionnels et, pour Lecène, de laisser après elle « des brides péritonéales dangereuses et la possibilité de récides du volvulus autour du point de fixation pris comme axe ». Malgré cela, Tuttle, Clark, ont pratiqué cette intervention plusieurs fois et ont été satisfaits des résultats éloignés.

b) *L'iléo-sigmoïdo ou rectostomie.*

L'iléo-sigmoïdostomie a été pratiquée assez sou-

vent pour combattre la constipation. Son but est de détourner les gaz et les matières afin qu'ils ne s'accumulent plus dans l'anse dolichocolique. En réalité, ce but est rarement atteint car le passage continue en partie par le trajet normal, ou le reflux emplit l'anse lorsque l'on a ajouté une exclusion. Cette intervention est, à l'heure actuelle, considérée comme une intervention très médiocre dans la stase intestinale chronique.

Nous ne ferons que citer l'anastomose entre les deux branches du sigmoïde, qui ne fait certainement que multiplier les chances de torsion intestinale.

c) *La colectomie.*

Il nous paraît avoir suffisamment montré que la colectomie est l'intervention la plus logique lorsque la décision a été prise de traiter par la chirurgie un dolichocôlon. Il est bien entendu que cette méthode doit être réservée aux sujets qui ont une résistance physique suffisante, car elle comporte une gravité plus grande que la colopexie et l'iléo-sigmoïdostomie.

On peut la pratiquer de diverses façons : *procédés en un temps, procédés en plusieurs temps, procédés originaux.*

1) *Colectomie en un temps :*

Pratiquée la première fois par Reybard en 1833 pour un cancer du côlon sigmoïde, elle a été fort discutée et souvent condamnée depuis lors, parce qu'elle n'offre pas une grande sécurité opératoire, les sutures

au niveau du côlon étant particulièrement fragiles. Elle a été pratiquée par Leveuf et par Guimbellot avec succès.

2) *Colectomie en plusieurs temps.*

Elle comprend essentiellement trois temps : extériorisation, résection, cure de l'anus. Les auteurs ont groupé ces différents temps opératoires et les ont modifiés de maintes manières. Ces procédés qui, d'ailleurs, ont été décrits pour le traitement des cancers du côlon gauche, sont longuement et clairement exposés dans l'ouvrage de M. Okinczyc sur le cancer de l'intestin et dans la Thèse de Cruet.

Duval, Pauchet, J. C. Bloch, Slesinger, entre autres, ont réséqué, de cette façon, des dolichocôlons sigmoïdes. Cette méthode a un très sérieux avantage : la sécurité opératoire. Elle a deux inconvénients : l'un, pas très important malgré tout, est de nécessiter un assez long séjour du malade à l'hôpital ou à la clinique ; l'autre, plus important, est de nécessiter la constitution, puis la fermeture d'un anus artificiel, fermeture non exempte toujours de dangers.

3) *Procédés originaux.*

Procédé de Leveuf qui pratique une colectomie en un temps, rétablit la continuité intestinale par une suture bout à bout, fait une exclusion péritonéale de son anastomose en suturant le péritoine pariétal au péritoine du mésosigmoïde et referme la plaie par dessus.

Procédé de Halst qui pratique une anastomose

latéro-latérale, ferme les deux extrémités en cul-de-sac et les laisse dans la plaie.

Procédé de Sénèque. C'est celui dont nous rapportons quatre observations et dont nous allons décrire complètement la technique opératoire.

CHAPITRE IV

TECHNIQUE DE LA RÉSECTION COLIQUE EN UN TEMPS AVEC SUTURE TERMINO-TERMINALE EXTÉRIORISÉE (PROCÉDÉ DE SÉNÈQUE).

PRÉPARATION DU SUJET A L'OPÉRATION

Une des conditions essentielles d'un bon résultat opératoire est la préparation du sujet avant l'intervention.

On se propose d'obtenir la vacuité la plus complète possible du côlon et d'antiseptiser, autant que faire se peut, la muqueuse intestinale. Il faut une semaine de préparation environ. Le premier jour, on administre une purge à l'huile de ricin et chaque jour à la suite un purgatif doux (magnésie, cascara). Les aliments absorbés pendant cette période sont faciles à digérer, sans résidus notables. Il sera nécessaires de faire absorber suffisamment de liquide, afin de ne pas déshydrater le patient. L'antisepsie intestinale sera confiée au naphtol B, aux ferments lactiques. La veille de l'intervention: purge le matin, prise de pilules d'opium pour arrêter le péristaltisme

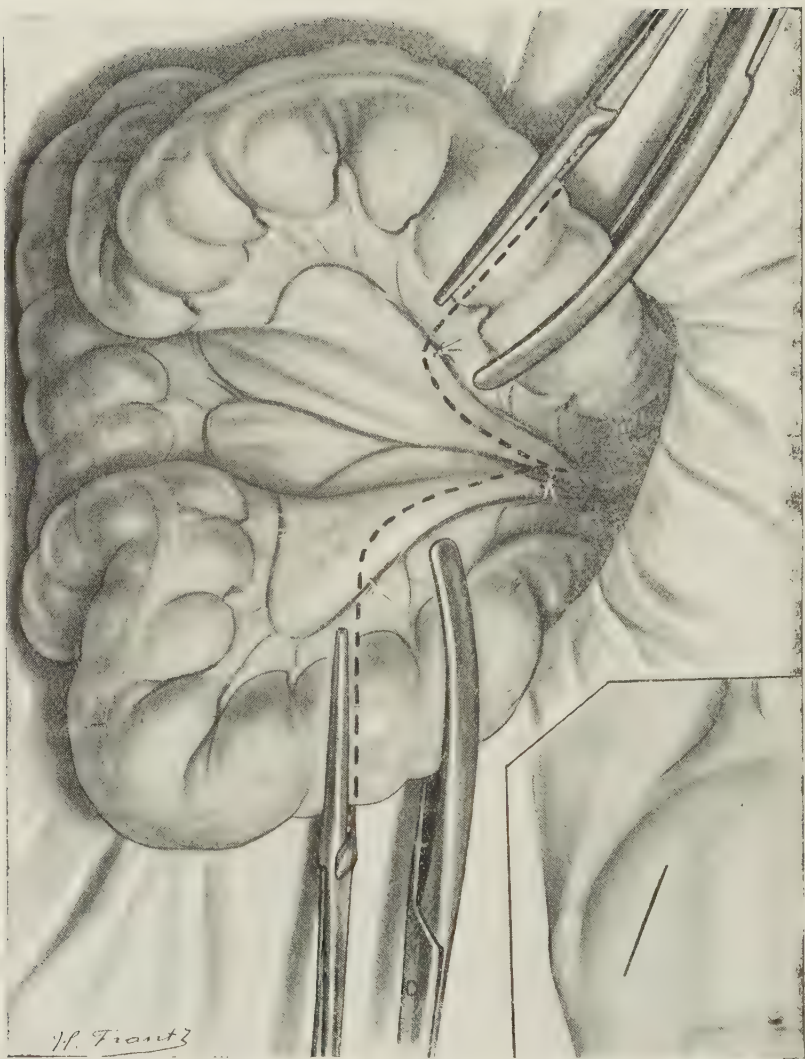


PLANCHE I.

Le Côlon sigmoïde est extériorisé. Les ligatures des Artères principales sont pratiquées. En pointillé la ligne de section du Côlon et du Mésos.

intestinal. Le jour de l'intervention, lavement d'un litre d'eau pure chaude. Avant l'anesthésie, injection de morphine.

TECHNIQUE

Nous décrirons le cas le plus fréquent, la résection du dolichocôlon de l'anse sigmoïde.

1) *Incision :*

Pratiquer du côté gauche l'incision que Mac Burney a décrit du côté droit pour l'appendicectomie.

Incision de la peau sur dix à quinze centimètres, suivant une ligne oblique en bas et en dedans, ayant son milieu à deux travers de doigts, en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Incision de l'aponévrose du grand oblique sans ouvrir en dedans la gaine du muscle grand droit. Dissociation suivant leur direction, perpendiculaire à celle de l'incision, des fibres du petit oblique et du transverse. Incision du fascia transversalis et du péritoine accolés. Les écarteurs de Hartmann ou l'écarteur de Gosset sont engagés dans la plaie. Cette incision donne un jour très suffisant, et, ne sectionnant pas les muscles petit oblique et transverse, elle expose moins que les incisions de Jalaguie, Roux et Walter à une éventration importante.

2) *Exploration.*

En général, l'anse pelvienne exubérante fait immédiatement issue hors de l'incision et se dévide en dehors. Il est rare que l'on ait à la rechercher. Il faut l'extraire complètement de la cavité abdominale et, en tirant sur chaque extrémité, vérifier que l'on arrive bien aux points fixés de l'anse. Regarder les deux faces du méso, constater les tramées blanches et les brides de la mésentérite rétractile. Rechercher si l'anse est tordue ou s'il y a des angulations expliquant l'importance des symptômes.

3) *Résection intestinale.*

Fixer la région où portera la résection afin que, l'anastomose pratiquée, aucune traction ne s'effectue sur la suture. Placer une pince de Pauchet en aval et un clamp en amont, les deux instruments distants de quatre centimètres environ. Isoler ensuite avec une extrême attention le champ opératoire de la grande cavité abdominale au moyen de quatre compresse de gaze placées en haut, en bas, à droite et à gauche. Sectionner le méso en pratiquant l'hémotase préventive. Si possible, découvrir l'artère sigmoïde à la racine du méso et la lier. L'hémotase du méso sigmoïde en sera plus facile.

Cette hémotase est difficile dans les méso gras et devra être pratiquée avec beaucoup de soin afin que les ligatures ne glissent pas. Sectionner l'intestin au bistouri au ras de la pince de Pauchet.

4) *Anastomose.*

On pratiquera l'anastomose termino-terminale suivant la méthode « bord à bord » de Robineau. Les tranches de section intestinale sont placées côte à côte. Les sutures seront toutes menées de gauche à droite afin que l'opérateur cousant vers lui travaille à son aise. Aussi sera-t-il bon que le catgut 00 dont on se sert soit muni d'une aiguille sertie à chacune de ses extrémités afin de pratiquer avec un des chefs différents le surjet postérieur et le surjet antérieur.

a) *Surjet musculo-séreux postérieur.*

L'aiguille pénètre exactement dans la commissure gauche des deux tranches intestinales, chargeant d'un côté musculuse puis séreuse, de l'autre séreuse puis musculuse. Le fil est noué en son milieu. Avec un des chefs on mène le surjet postérieur. Les points doivent être réguliers, espacés de deux millimètres avec un point passé au milieu. On achève ce surjet jusqu'à l'angle droit et on amorce un ou deux points sur les tranches antérieures qui rendront plus facile la fin du surjet séro-musculaire antérieur.

b) *Surjet muco-muqueux.*

On prend un second fil à deux aiguilles. On commence le surjet au même angle que précédemment, en prenant uniquement la muqueuse sur une largeur de deux millimètres. On conduit le surjet de gauche à droite en faisant des points réguliers espacés de deux millimètres. On exécute le surjet muco-mu-

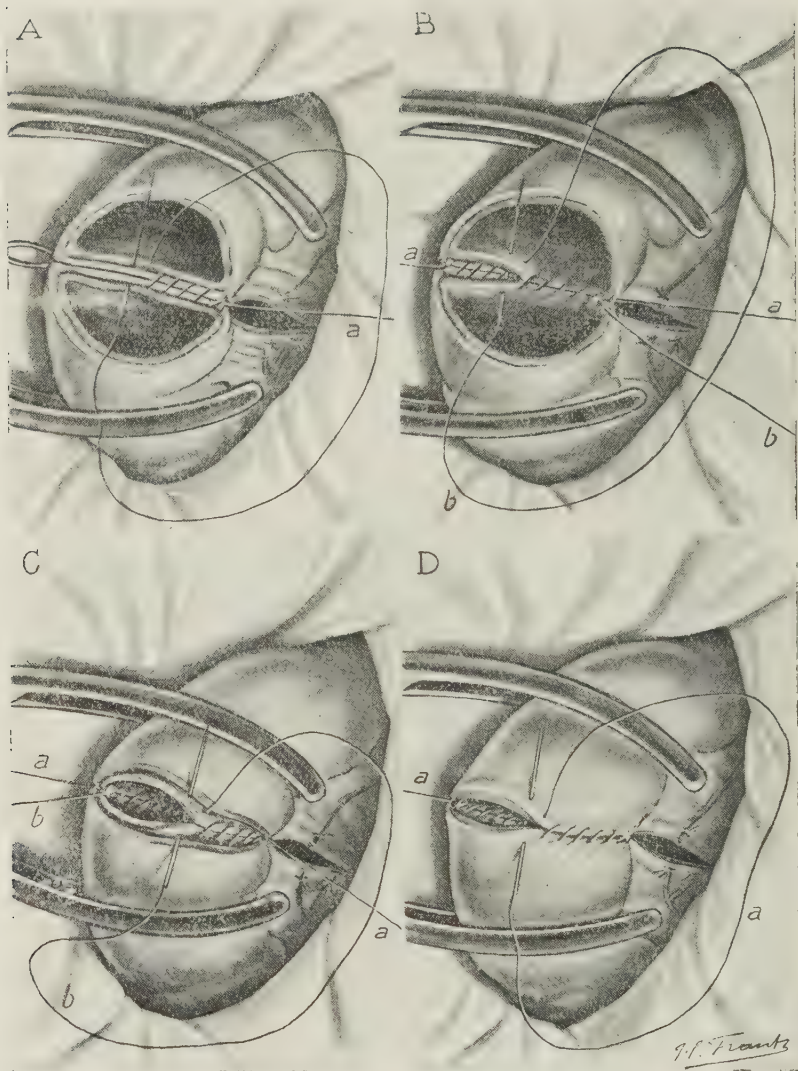


PLANCHE II

On suit sur cette planche les différents temps de la suture termino-terminale suivant la technique bord à bord de Robineau.

- A) Surjet musculo-séreux postérieur.
- B) Surjet muqueux postérieur.
- C) Surjet muqueux antérieur.
- D) Surjet musculo-séreux antérieur.

queux antérieur avec le second chef et l'on rejoint ainsi le fil postérieur. On nous ces deux fils ensemble.

c) *Surjet musculo-séreux antérieur.*

Ce surjet est exécuté avec le deuxième chef du fil initial. L'aiguille pique une des tranches de la séreuse vers l'espace intermusculo-muqueux en l'autre tranche en sens inverse. Arrivé à la fin de ce surjet, la manœuvre étant facilitée par l'ampiètement antérieur du surjet postérieur, on tend les derniers points de celui-ci et on solidarise les deux chefs.

L'anastomose terminée, enlever les champs souillés changer de gants.

5) *Fermeture de la brèche mésocolique.*

Cette fermeture sera très soigneusement assurée au moyen de plusieurs points de catgut que l'on veillera à passer près des bords de la brèche afin de ne pas piquer un vaisseau colique.

6) *Extériorisation de l'anastomose.*

L'extériorisation de l'anastomose est un temps important dans cette méthode. Pour l'assurer, il faut passer deux points de catgut fin qui unissent le péritoine pariétal des angles de la plaie avec l'intestin à quatre centimètres environ de part et d'autre de l'anastomose. On complétera cette extériorisation au moyen de deux mèches larges de gaze iodoformée, glissée entre les deux lèvres de l'incision et l'intestin.

La plaie sera laissée largement ouverte.

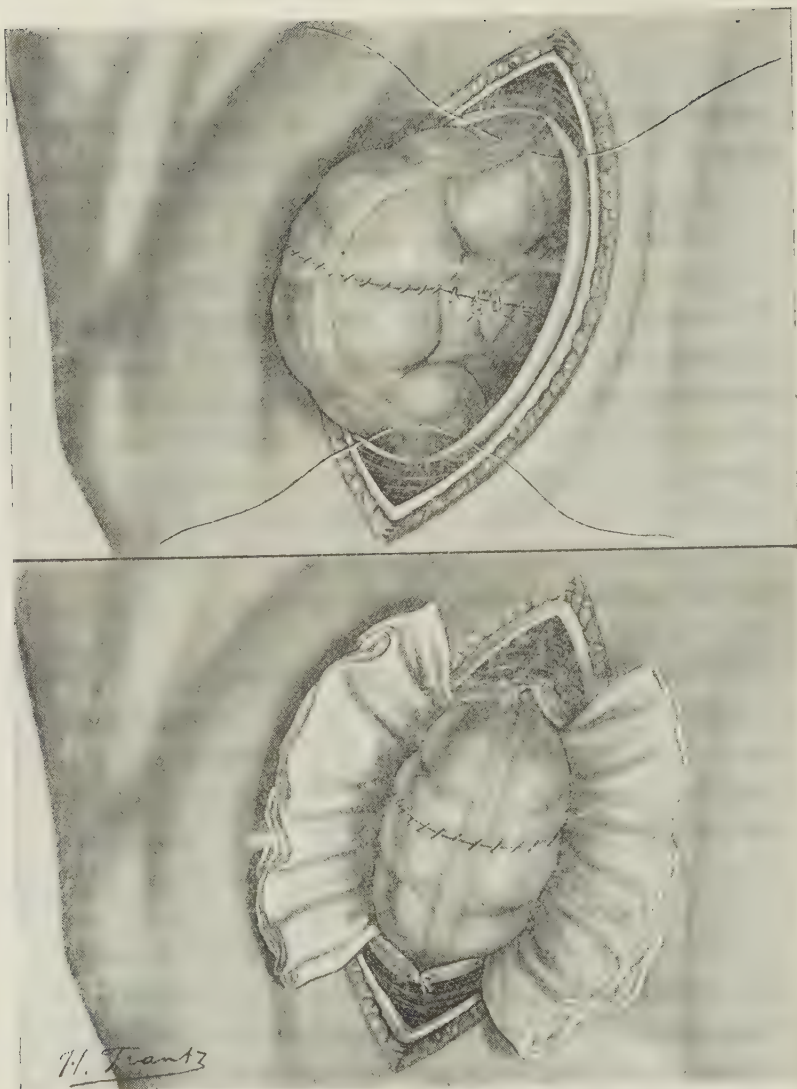


PLANCHE III

On voit sur cette figure comment on maintient l'extériorisation de l'anastomose.

En haut : 2 fils de catgut fin unissent une bandelette colique au péritoine pariétal des angles de l'incision.

En bas : Les 2 mèches latérales sont placées de part et d'autre de l'anastomose. La plaie est laissée complètement ouverte.

7) *Pansement.*

Appliquer sur l'intestin des compresses vaselinées ou du tulle gras afin que l'intestin et les sutures n'y adhèrent pas. On évitera ainsi de léser la suture au cours des pansements ultérieurs.

SOINS POST-OPÉRATOIRES

Prescrire la diète alimentaire complète pendant six jours et injecter du sérum sous-cutané pour hydrater le malade. Constiper le malade pendant huit jours afin d'éviter que des matières dures passent sur la suture et afin d'abolir le péristaltisme de l'intestin. Purger le dixième jour. Enlever les mèches le sixième jour.

SUITES OPÉRATOIRES ET RÉSULTATS

1) *Suites opératoires.*

Dans les observations n^{os} 1 et 2, une petite fistule stercorale est apparue après l'ablation des mèches, mais assez minime pour qu'elle se soit tarie d'elle-même au bout de quinze à vingt jours. Le laps de temps écoulé entre l'opération et la cicatrisation a été de vingt-cinq jours dans le premier cas et de trente dans le second cas.

Dans l'observation n^o 3, la suture s'est désunie sur sa demi-circonférence antérieure. La fistule a dû être fermée dans un second temps. Le traitement a demandé quarante-cinq jours.

Nous ferons remarquer que l'âge du sujet (62 ans) explique probablement la désunion des sutures. Mais ce cas est instructif car il démontre la bénignité de ce procédé, dans le cas même où la pire complication c'est-à-dire la désunion des sutures, survient.

Dans l'observation n° 4, les suites opératoires ont été idéalement simples (aucune fistule, aucune suppuration pariétale). La durée du traitement a été de un mois. Dans cet excellent résultat, une part revient peut-être au hasard, une autre part revient probablement à l'amélioration de la technique au fur et à mesure des cas.

2) *Résultats éloignés.*

Des quatre cas que nous publions, les deux derniers datent de trop peu de temps pour que nous puissions tirer d'eux des conclusions utiles.

Le premier cas date de trois ans, le second de deux ans.

Ces deux malades, que nous avons revus, sont très satisfaits du résultat. Ils sont beaucoup moins constipés et ne présentent plus ni douleurs, ni ballonnement. Les signes d'intoxication intestinale ont, par la même, disparu. Nous reproduisons ici la radiographie d'un de ces malades, afin que le lecteur se rende compte que l'anastomose n'a subi aucun rétrécissement et que le dolichocôlon ne tend pas à se reproduire.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

C... Charles, âgé de 28 ans, ouvrier maroquinier, entre le 19 décembre 1931 dans le Service du professeur Cunéo, sur le conseil de son médecin, le docteur Libert.

Histoire de la maladie.

C... se plaint, depuis son enfance, d'une constipation opiniâtre et ne va à la selle qu'une fois par semaine au moyen de lavements et de laxatifs.

Depuis l'âge de 17 ans, il présente, tous les deux mois environ, des crises d'obstruction intestinale. Celles-ci se caractérisent par des douleurs abdominales à type de coliques et à siège périombilical, par du météorisme abdominal et par un arrêt partiel des matières et des gaz.

La première crise a été confondue avec une crise appendiculaire et le malade a été opéré. Cette intervention n'a pas amélioré le malade puisque la seconde crise est survenue un mois après l'opération. Cet état intestinal a entraîné des phénomènes d'intoxication générale : bouffées de chaleur, furonculose, migraines.

Un traitement médical sévère et que C... paraît avoir bien suivi n'a amené aucune amélioration.

A partir du mois de septembre 1931, les crises deviennent plus rapprochées, le malade maigrit de plusieurs kilos. C'est alors qu'il entre dans le service de chirurgie.

Examen.

L'abdomen est un peu ballonné. La palpation montre au-dessous et à droite de l'ombilic une tuméfaction élastique et tendue, tympanique à la percussion.

T. R. : rien de particulier.

L'examen complet ne décèle aucun symptôme particulier. L'état général est satisfaisant.

Examen radiologique.

L'examen au moyen d'un lavement bismuthé montre l'existence d'un dolichosigmoïde. L'anse flexueuse remonte jusque dans l'hypodoncre gauche. Il n'y a pas de dilatation intestinale.

Intervention.

Pratiquée par le docteur Sénèque le 22 décembre 1931, sous anesthésie générale.

Sigmoïdectomie par le procédé décrit précédemment.

Le méso sigmoïde présentait des lésions assez importantes de méso-sigmoïdite rétractile. L'anse réséquée mesurait 30 centimètres.

Suites opératoires immédiates.

Ablation des mèches au cinquième jour.

A ce moment, une petite fistule stercorale se constitue. Un drain en T est placé et au bout de quinze jours la fistule est tarie. La plaie est complètement cicatrisée vingt-cinq jours après l'opération.

Suites opératoires éloignées.

C... revient à l'Hôtel-Dieu en mai 1932, porteur d'une petite éventration dont la cure radicale est pratiquée le 17 mai 1932.

Nous avons reçu ces jours-ci des nouvelles de C... Dans une lettre très enthousiaste, il nous fait part de sa guérison presque complète : la constipation s'est très améliorée puis-

qu'il va à la selle presque tous les jours, sans lavements ni laxatifs ; les crises douloureuses et le météorisme ont à peu près complètement disparu. L'état général est excellent.

Nous insisterons sur le fait que cette amélioration se maintient, bien que C... ne suive pas de régime, en raison des déplacements auxquels son métier l'oblige.

OBSERVATION N° 2

C... Jean, âgé de 27 ans, peintre, entre le 25 mai 1932 dans le service du professeur Cunéo, après un séjour d'un mois dans le service du professeur Carnot.

Histoire de la maladie,

C... est constipé depuis toujours et ne va à la selle qu'à l'aide de lavements et de laxatifs. Depuis six ans, il présente des crises douloureuses abdominales qui se répètent tous les deux mois environ et au cours desquelles il éprouve des sensations de torsion au niveau des deux fosses iliaques.

Il se plaint également d'un météorisme abdominal dont l'apparition ne coïncide pas toujours avec celle des crises douloureuses.

Depuis 1931, les symptômes précédents sont devenus plus intenses et plus rapprochés. Le malade a présenté des signes de colite ; douleurs continues, expulsion de glaires et de sang avec les matières.

Examen.

Le ventre est un peu ballonné, mais très douloureux sur le trajet du cadre colique.

T. R. : 0.

Etat général satisfaisant.

Examen radiologique.

Cet examen a été très intéressant.

Pratiqué une première fois en dehors d'une période aiguë, il a montré l'existence d'un dolichosigmoïde banal.

Pratiqué une deuxième fois au cours d'une crise aiguë, il a montré un « capotage », une torsion incomplète de l'anse dans la fosse iliaque gauche.

En présence de ces signes, on pose le diagnostic de dolichocôlon compliqué de colite et de mésosigmoïdite rétractile, celle-ci entraînant un volvulus chronique.

Intervention.

Pratiquée le 31 mai 1932 par le docteur Sénèque, sous anesthésie générale.

Résection colique segmentaire par le procédé habituel.

Le mésosigmoïde était le siège de mésentérite rétractile. L'anse enlevée mesurait 40 centimètres.

Suites opératoires immédiates.

Ablation des mèches au quatrième jour.

Le lendemain une petite fistule stercorale se constitue, qui se tarit au bout de dix jours. A ce moment, c'est-à-dire quinze jours après l'intervention, l'anastomose est rentrée dans l'abdomen.

Un petit abcès pariétal retarde la cicatrisation qui est, malgré tout, complète trente jours après l'intervention.

Suites éloignées.

Revu deux ans après l'intervention, C..., est en parfaite santé et ne souffre plus du ventre, bien qu'il ne suive aucun régime. Il a engraisé de quinze kilos.

Il présente une petite éventration au niveau de sa cicatrice dont la cure est pratiquée le 12 mars 1934.

A l'occasion de cette intervention, un lavement baryté a été pratiqué qui montre que l'intestin ne s'est pas allongé de nouveau et que l'anastomose fonctionne parfaitement bien.



OBSERVATION N° 3

Radiographie pratiquée après lavement bismuthé, montrant l'existence
d'un dolichocolon du colon gauche.



OBSERVATION N° 3

Radiographie pratiquée quelques mois après la résection
du dolichocolon

OBSERVATION N° 3

M. X..., 62 ans, a, dans ses antécédents, deux crises douloureuses abdominales qui semblent bien avoir été des crises d'obstruction intestinale incomplète.

Histoire de la maladie.

Le 10 octobre 1933 apparaissent brusquement des douleurs très violentes dans la région ombilicale, à type de coliques, des nausées, un vomissement, un arrêt des matières et des gaz absolu.

Le docteur Sénèque est appelé d'urgence en consultation aux environs de Paris.

Son examen constate : un abdomen modérément distendu, douloureux dans la région para-ombilicale gauche, un cæcum distendu. Le T. R. ne décèle rien de particulier. La température est normale, le pouls à 80. Le docteur Sénèque élimine une crise de colique hépatique, néphrétique, une sigmoïdite, pose le diagnostic ferme d'obstruction intestinale à siège colique et gauche vraisemblablement. Il considère qu'un cancer du côlon sigmoïde ou qu'un volvulus de cette même anse sont vraisemblablement à l'origine de cette occlusion.

M. X... est conduit immédiatement à Paris et un examen par lavement opaque est pratiqué sur-le-champ. Cet examen montre un dolichocôlon sigmoïde compliqué d'un double volvulus. Au cours de cet examen, l'anse se détord et le malade cesse de souffrir. L'opération est alors reportée à quelques jours en raison des signes de bronchite que le malade présente.

Intervention.

L'intervention est pratiquée par le docteur Sénèque sous anesthésie générale le 20 octobre 1933. Incision iliaque

gauche par dissociation musculaire. L'anse est extrêmement longue et le méso, le siège de lésions de mésentérite rétractile. Résection de 80 centimètres de côlon. Anastomose termino-terminale. Extériorisation de l'anastomose par le procédé habituel.

Suites opératoires immédiates.

Ablation des mèches le sixième jour.

Purgation le dixième jour.

Une fistule stercorale apparaît le huitième jour qui s'agrandit pour atteindre la demi-circonférence de l'anastomose.

Le vingt-cinquième jour, on pratique la fermeture de la fistule par voie extra-péritonéale et par suture bord à bord. La plaie est suturée complètement et un petit drain placé dans l'angle inférieur.

La guérison est obtenue sans suppuration et sans fistule.

Une petite éventration subsiste qui sera à opérer plus tard.

Durée totale du traitement : quarante cinq jours.

Suites éloignées.

M. X..., a présenté par la suite un calcul vésical qui a été broyé par lithotricie.

Son état intestinal est parfait.

La cure de l'éventration a été pratiquée le 20 mai 1934.

OBSERVATION N° 4

M. H..., 23 ans, agriculteur, entre le 22 mars 1934 à l'Hôtel-Dieu.

Histoire de la maladie.

Depuis l'âge de 18 ans, H... se plaint d'une constipation si intense qu'il ne va jamais à la selle sans avoir pris deux

ou trois lavements. Cette constipation a amené des signes de constipation intestinale : céphalée, furonculose, bouffées de chaleurs, digestions pénibles.

Dans le même temps, H... a présenté deux crises douloureuses d'une durée de deux jours chacune accompagnées de météorisme abdominal.

H... a été réformé pour le service militaire en raison de ces troubles intestinaux. Il a suivi plusieurs régimes sévères qui ne l'ont jamais amélioré.

Intervention.

Pratiquée le 6 avril 1934 (D^r Sènèque).

La technique suivie a été la technique habituelle. Le méso était le siège de mésentérite. L'anse réséquée mesurait quarante centimètres.

Suites opératoires immédiates.

Elles ont été très simples.

Ablation des mèches au sixième jour.

Par la suite, aucune fistule stercorale, aucune suppuration de la plaie. L'anse est rentrée dans le ventre au dixième jour. La plaie est cicatrisée au bout de 20 jours. Le malade ne reste à l'hôpital jusqu'au 27 mai que pour attendre son départ vers un établissement de convalescents.

Durée du traitement : 20 jours.

CONCLUSIONS

1) Les indications thérapeutiques dans le dolichocôlon doivent être basées sur la symptomatologie et l'évolution clinique de cette affection.

a) Le dolichocôlon, simple anomalie sans manifestations cliniques, ainsi que le dolichocôlon traduit uniquement par la constipation, ne doivent pas être opérés.

b) Le dolichocôlon traduit par des crises douloureuses abdominales et du ballonnement doit être opéré après l'échec total ou partiel du traitement médical.

c) Le dolichocôlon compliqué de crises d'obstruction intestinale doit toujours être opéré.

2) L'intervention la plus utile est la colectomie segmentaire.

a) La colectomie en un temps n'est pas assez sûre.

b) La colectomie en plusieurs temps est longue et nécessite la constitution puis la fermeture d'un anus artificiel.

c) Le procédé qui réunit, dans le traitement de

cette affection, les deux qualités de sûreté opératoire et de simplicité, est le procédé de Sénèque : La Résection en un temps avec suture termino-terminale extériorisée.

VU :

Le Doyen,

G. ROUSSY.

VU :

Le Président de la Thèse,

CUNÉO.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALGLAVE. — *Volvulus de l'S iliaque*. Société de Chirurgie, 1920.
- BÉCLÈRE. — A propos des variations de longueur du gros intestin. *Arch. mal. App. dig.*, t. XIII, 1923.
- BELOT. — Un cas de dolichocolon. *Bull. et Mém. de la Société de Radiologie-Médecine de France*, t. XVIII, 1920.
- BENSAUDE et MONOD. — Le dolichosigmoïde. *Ann. de Médecine* t. XXXVII, 1930.
- BERARD et PATEL. — Les occlusions intestinales par coudure de l'angle colique gauche. *Revue de chirurgie*, mai 1903.
- BLACK. — Displacements of the colon, *Annales of Surg.*, t. LVI, 1912.
- BUSH. — Redundant Colon. Group of cases. *Bristol Medico-Chirurgical Journal*, t. XLV, 1928.
- CAUCCI. — *La chirurgica del Colon*. Capelli Bologna.
- CHIRAY-LOMON, WAHL. — 1 vol., 1931.
- CHIRAY-LOMON-ROSANOFF. — *A propos du dolichocolon*. Notes cliniques radiologiques, physiopathologiques et thérapeutiques. *Presse Méd.*, 1934.
- DAGUE. — *Contribution à l'étude du volvulus du colon transverse*. Th. de Toulouse, 1926.
- DELBET. — Mégacolon avec rétrécissement volvulaire du rectum. *Bull. et Mém. soc. chir.*, p. 893. 1920.
- DUVAL et PATEL. — *Chirurgie du Colon pelvien*. XXVI^e Congrès Chir.
- FORGÉE. — Quelques précisions sur le volvulus du Colon pelvien. *P. M.*, janvier 1920.
- FRIES. — Intestinal Gases of Man. *Am. Journal of physiol.*, t. XVI, 1906.
- GIRAULT. — Un traitement médical des Delichocolons. *Arch. Mal. App. digestif*, t. XVI, 1926.

- GRUBER. — Fälle von ungewöhnlicher Stellung der Flexura sigmoïdea. *Arch. f. path. Anat. u. Phys.*, 1869 et 1883.
- GUMBELLOT. — *Volvulus de l'S iliaque en occlusion aiguë traité avec succès par résection et suture immédiate*. Soc. chir. Paris, 21 déc. 1920.
- HECKER, GRUNWALD, KULHMANN. — The malformation and displacements of the large intestine. *Amér. Journ. of surg.*, t. I., 1926.
- INGELBRITSEN. — *Volvulus de l'S iliaque*. *Lyon chir.*, p. 489, 1919.
- KANTOR. — Redundant Colon. *Amer. Journ. of roentgenol.*, t. XII, 1924.
- KIENBÖCK. — Ueber das Sigma elongatum mobile (Röntgenbefund). *Münch. Med. Woch.*, 14 janv. 1930.
- KOCHANOFF. — *Trois laparotomies pour volvulus de l'intestin chirourgnia*. Moscou, 1912.
- KUMMER. — A propos de l'adaptation morphologique et fonctionnelle du segment terminal de l'intestin après résection colique. *Arch. des Mal de l'App. dig.*, t. XV, 1925.
- LANE. — *Operative treatment of chronic Constipation*, Londres, 1904.
- LARDENNOIS et AUBOURG. — Allongements segmentaires du gros intestin. *Journal de Radiol. et d'électrol.*, février 1914.
- LAURELL. — *Volvulus des Flexura sigmoïdea*. *Acta radiologica*, 1926.
- LECÈNE. — *Volvulus du gros intestin*. *Rev. de Chir.*, 1910.
- LEFÈVRE. — *Gaz. Hôp.*, n° 93 et 94, 1922.
- LEFLAIVE. — *Sur le volvulus chronique du Colon sigmoïde*. Thèse Paris, 1927.
- MAUCLAIRE. — *La mésentérite rétractile*, 30^e Congr. de chir., 1921.
- MOLLER. — The redundant Colon. *Acta. Radiol.*, 1926.
- PATEL. — Un cas d'S iliaque mobile avec volvulus incomplet. *Soc. Chir., Lyon*, 1914.
- PAUCHET. — *Volvulus iliaque*. *Paris Méd.*, 2 avril 1921. *Dolichocolon sigmoïde traité par la Colectomie*, *Paris Chir.*, t. XX, 1928.

- PocCHAMMER. — La Sigmoido-anastomose, méthode de traitement du volvulus. *Zentralbl. für. Chir.*, 1920.
- QUENU. — Du rôle de l'angle colique gauche dans les Occl. intest. *Bull. Soc. chir.*, p. 695, 1902.
- ROBINEAU. — Les sutures sur le tube digestif. *P. M.*, 1921.
- ROBINEAU et LAFITTE. — Technique et résultats de l'iléo-colectomie. *Arch. Mal. app. digestif*, 1926.
- ROUX. — *Rev. méd. de la Suisse Normande*, janvier 1894.
- SLESNIGER. — Elongation of the pelvic colon and its surgical treatment. *Lancet*, t. CCXI, 1926.
- SMITH. — *Amer. Journal of physiol.*, t. VI, 1902.
- STELKER. — *Roussky Vrach*, 1910.
- STRAUSS. — Dolichosigmoidale Krankheitursache *Med. Klin.*, 1929.
- VIGUIER. — Volvulus du Colon pelvien traité par la détorsion simple, récédive 20 mois après, résection, *Bull. Soc. Chir.*, 1913.
- WADE et ROYLE. — Operative treatment of Hirschprung's disease. *Med. Journ. of Australia*.
- WEISS. — *Recherche sur la Colectomie* (1 vol., Paris, 1926).
- WILNUS. — *Münch. med. Woch.*, 1905.

